

کانتی

اعلامیه تغییر CALFRESH برای خانوارهایی که تغییرات را گزارش می کنند

تاریخ اعلامیه : _____
پرونده : _____
نام : _____
شماره : _____
کارشناس : _____
نام : _____
شماره : _____
تلفن : _____
آدرس : _____

(ADDRESSEE)

اگر درباره این اقدام سوالی داشته و یا نیاز به اطلاعات بیشتر دارید، لطفاً با کارشناس خود تماس بگیرید.

رسیدگی ایالتی: اگر تصور می کنید این اقدام نادرست است، می توانید درخواست رسیدگی نمایید مگر آنکه درباره مبلغ بدهی خود قبلاً رسیدگی داشته اید. روش انجام این کار در پشت صفحه عنوان شده است. اگر پیش از اجرای این اقدام درخواست رسیدگی کنید امکان تغییر مزایای شما نخواهد بود.

عدم تغییر مزایا

مزایای CalFresh شما بر پایه مدارک/اطلاعات دریافت شده تغییر نمی کنند، چون که:

تغییر در مزایا

از _____، مزایای CalFresh شما از _____ \$ به _____ \$ در ماه تغییر می کند، چون که:

قطع

از _____، مزایای CalFresh شما به دلیل زیر قطع می شوند:

بر اساس دلیلی که مزایای شما بخاطر آن قطع شده است، صلاحیت خانوار شما برای شرکت در برنامه CalFresh تا _____ لغو می گردد. در پایان این دوره لغو صلاحیت می توانید مجدداً برای دریافت مزایا درخواست بدهید.

قبلاً درباره اضافه صدور مزایای CalFresh به شما اطلاع داده شده است و به خاطر آنکه کانتی برای بازپرداخت مزایای CalFresh که دریافت کرده اید و نمی بایست آنها را دریافت می کردید، 10% یا \$10 (هرکدام که بیشتر بود) از سهمیه ماهیانه شما کسر نموده و مزایای CalFresh کمتری دریافت می کنید. این مسئله توسط دادگاه و یا در یک رسیدگی ایالتی تصمیم گیری شده است و یا به این خاطر می باشد که یک توافقنامه رضایت لغو صلاحیت و یا معافیت رسیدگی اداری به لغو صلاحیت امضا کرده و پذیرفته اید که این یک تخطی عمدی برنامه (IPV - Intentional Program Violation) بوده است. حال سهمیه ماهیانه شما تغییر می یابد چون که کانتی سهمیه شما را 20% یا \$10 (هرکدام که بیشتر بود) کاهش می دهد. اگر هرگونه تغییر دیگری در سهمیه ماهیانه CalFresh شما بوجود آمده باشد، در این فرم به شما اطلاع داده می شود.

تغییر پیشنهادی در مزایا

از _____، ممکن است به دلیل عدم دریافت اطلاعات لازم همراه با گزارش تغییر (CF 377.5 CR) شما برای تعیین استمرار صلاحیت شما و یا مبلغ صحیح مزایا، مزایای CalFresh شما کاهش یافته یا قطع گردند. ما باید اطلاعات زیر را حداکثر تا قبل از نخستین روز ماه بعد دریافت کرده باشیم:

اگر مدارک تایید یک هزینه درخواست شده باشد و شما آنها را ارائه نکنید، هنگام محاسبه مزایای ماه بعد آن هزینه مجاز تلقی نخواهد شد. همچنین اگر سایر اطلاعات خواسته شده را ارائه نکنید، ممکن است مزایا کاهش یافته یا قطع گردند.

قوانین: این قوانین در مورد اقدام(های) فوق اعمال می گردند: می توانید آنها را در دفتر امور رفاهی خود مشاهده کنید.

حقوق دادرسی شما

چنانچه با اقدامی از اقدامات استان مخالفید، حق درخواست دادرسی برای شما محفوظ است. برای ارائه درخواست دادرسی، تنها 90 روز فرصت دارید. این 90 روز از روزی که استان این اعلان را به شما تحویل داده یا ارسال نمود، آغاز می‌شود. چنانچه در ظرف 90 روز، دلیل مناسبی برای عدم ارائه درخواست دادرسی داشته باشید، می‌توانید درخواست دادرسی ارائه نمایید. چنانچه بتوانید دلیل مناسبی ارائه نمایید، می‌توان زمانی را برای دادرسی تعیین نمود.

جهت درخواست دادرسی:

- این صفحه را تکمیل نمایید.
- برای نگهداری در بایگانی‌تان، یک کپی از پشت و روی این صفحه برای خود داشته باشید.
- چنانچه بخواهید، مددکار اجتماعی شما یک کپی از این صفحه برای شما تهیه خواهد نمود.
- این صفحه را به این آدرس ارسال نموده و یا شخصاً تحویل دهید:

و یا

- با تلفن رایگان 1-800-952-5253 تماس بگیرید. افراد دارای مشکلات شنوایی با گفتاری که از وسایل ارتباطی مخصوص ناشنویان استفاده می‌کنند، می‌توانند با این شماره تماس بگیرند: 1-800-952-8349.

جهت دریافت کمک: می‌توانید از طریق تماس با شماره‌های ایالتی رایگان فوق، در مورد حقوق دادرسی خود یا معرفی شدن جهت دریافت مساعدت حقوقی، سوال نمایید. می‌توانید از طریق اداره محلی مساعدت حقوقی و حقوق رفاهی خود، کمک حقوقی رایگان دریافت نمایید.

اگر نمی‌خواهید در جلسه دادرسی تنها باشید، می‌توانید دوست یا شخص دیگری را همراه خود بیاورید.

تقاضای دادرسی

من نسبت به اقدامی از سوی اداره رفاه استان _____ در مورد زیر تقاضای دادرسی دارم:

Cash Aid CalFresh برنامه Medi-Cal

سایر (فهرست کنید)

دلیل آن:

اگر به جای بیشتری نیاز دارید، در اینجا کلیک کرده و یک صفحه اضافه کنید.

من به کمک ایالت برای فراهم نمودن رایگان یک مترجم شفاهی برای من، احتیاج دارم. (یکی از بستگان یا دوستان‌تان نمی‌تواند در دادرسی برای شما ترجمه شفاهی انجام دهد.)

زبان یا لهجه من:

نام شخصی که مستمري وی سلب شده، تغییر یافته یا پرداخت آن متوقف شده است.

تاریخ تولد	شماره تلفن
ادرس	
شهر	ایالت
کدپستی	
امضا	تاریخ
نام تکمیل‌کننده این فرم	شماره تلفن

من مایلم شخص نامبرده در زیر نمایندگی من را در جلسه دادرسی برعهده بگیرد. من به این شخص اجازه می‌دهم سوابق من را مشاهده نموده و همراه با من به جلسه دادرسی بیاید. (این شخص می‌تواند یک دوست یا یکی از بستگان شما باشد. با اینحال وی نمی‌تواند برای شما ترجمه شفاهی انجام دهد.)

نام	شماره تلفن
ادرس	
شهر	ایالت
کدپستی	

چنانچه قبل از اینکه اقدامی برای Cash Aid، Medi-Cal، CalFresh یا Child Care صورت پذیرد:

- در زمانی که منتظر دادرسی هستید، Cash Aid یا Medi-Cal شما بدون تغییر باقی خواهد ماند.
- خدمات Child Care شما ممکن است مادامیکه منتظر دادرسی هستید، ثابت باقی بماند.
- CalFresh شما، در طول دادرسی یا پایان دوره تاییدیه شما، هرکدام که زودتر اتفاق بیافتد، ثابت خواهد ماند.

چنانچه رای دادرسی به نفع ما بود، شما بابت هرگونه مبلغ اضافی خدمات Cash Aid، CalFresh یا Child Care که در اختیار شماست، به ما بدهکار خواهید شد.

برای کاهش یا قطع مستمري‌های‌تان قبل از جلسه دادرسی، لطفاً موارد لازم را علامت بزنید:

بله موارد علامت‌زده شده را کاهش داده یا قطع کنید: Cash Aid CalFresh Child Care

در زمان انتظار برای رای دادرسی:

Welfare to Work (برنامه رفاه از طریق کار):

مجبور نیستید در فعالیت‌ها شرکت کنید.

می‌توانید برای اشتغال و سایر فعالیت‌هایی که قبل از این اعلان موردتایید استان قرار گرفته‌اند، مستمري نگهداری کودک دریافت نمایید.

اگر ما به شما اعلام کردیم سایر مستمري‌های خدمات حمایتی شما قطع خواهد شد، هیچ مبلغ دیگری دریافت نخواهید نمود، حتی اگر فعالیت‌های خود را انجام دهید.

اگر به شما اعلام کردیم سایر مستمري‌های خدمات حمایتی شما را پرداخت خواهیم نمود، مبالغ مذکور برابر با مبلغی که در این اعلان آمده و به شکلی که اینجا اعلام کرده‌ایم، پرداخت خواهد شد.

- به منظور دریافت این خدمات، باید در فعالیتی که استان به شما گفته است، شرکت نمایید.
- اگر در طول زمانی که منتظر رای دادرسی هستید، مبلغی که استان بابت خدمات حمایتی به شما می‌دهد، به اندازه‌ای نیست که به شما امکان شرکت در فعالیت را بدهد، می‌توانید شرکت در فعالیت را متوقف نمایید.

برنامه Cal-Learn:

- چنانچه به شما اعلام نمودیم ما قادر به ارائه خدمات به شما نیستیم، نمی‌توانید در برنامه Cal-Learn شرکت نمایید.
- ما تنها در ازای یک فعالیت تاییدشده، بابت خدمات حمایتی Cal-Learn مستمري پرداخت می‌نماییم.

سایر اطلاعات

اعضای طرح مراقبت مدیریت‌شده Medi-Cal: اقدام قانونی براساس این اعلام ممکن است ارائه خدمات را به شما از طریق طرح سلامت مراقبت مدیریت‌شده متوقف نماید. چنانچه در این مورد سوالی دارید، می‌توانید آنرا با خدمات عضویت طرح بهداشتی مطرح نمایید.

حمایت از کودک و یا حمایت پزشکی: اداره محلی حمایت از کودک به شما کمک می‌کند بدون پرداخت هیچ هزینه‌ای، حتی اگر کمک نقدی نیز دریافت نمی‌کنید، مستمري حمایتی را وصول نمایید. اگر ایشان هم‌اکنون کار وصول مستمري حمایتی را انجام می‌دهند، این کار را تا زمانی که شما کتباً از ایشان درخواست توقف این کار را ننمایید، ادامه خواهند داد. آنها وجه حمایتی فعلی را که وصول نموده‌اند، برای شما ارسال خواهند کرد، با اینحال مبلغ معوقی وصول‌شده‌ای را که به استان بدهکار هستید، نگه خواهند داشت.

کنترل خانواده: بنا به درخواست شما، اداره رفاه اطلاعاتی را به شما در این مورد ارائه خواهد نمود.

پرونده دادرسی: چنانچه درخواست دادرسی نمایید، بخش دادرسی ایالتی یک پرونده برای شما تشکیل خواهد داد. شما حق مشاهده این پرونده را قبل از دادرسی و دریافت یک نسخه از نظر کتبی استان را در مورد پرونده‌تان حداقل دو روز قبل از دادرسی دارید. ایالت ممکن است پرونده دادرسی شما را به اداره رفاه و وزارت بهداشت و خدمات انسانی و وزارت کشاورزی بدهد. (بخشهای 10850 و 10950 قانون رفاه و موسسات)